

# Medikamentöse Depressionsbehandlung in der Allgemeinmedizin

Tom Bschor

t@bschor.de



Regierungskommission  
Krankenhäuser



Arzneimittelkommission der  
deutschen Ärzteschaft  
Fachausschuss der  
Bundesärztekammer



Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Carl Gustav  
Carus an der  
Technischen Universität Dresden

**Angaben über Beziehungen  
zur Industrie**

***Disclosure  
Information***

keine finanziellen Beziehungen zu pharmazeutischen  
Industrieunternehmen

# Behandlung



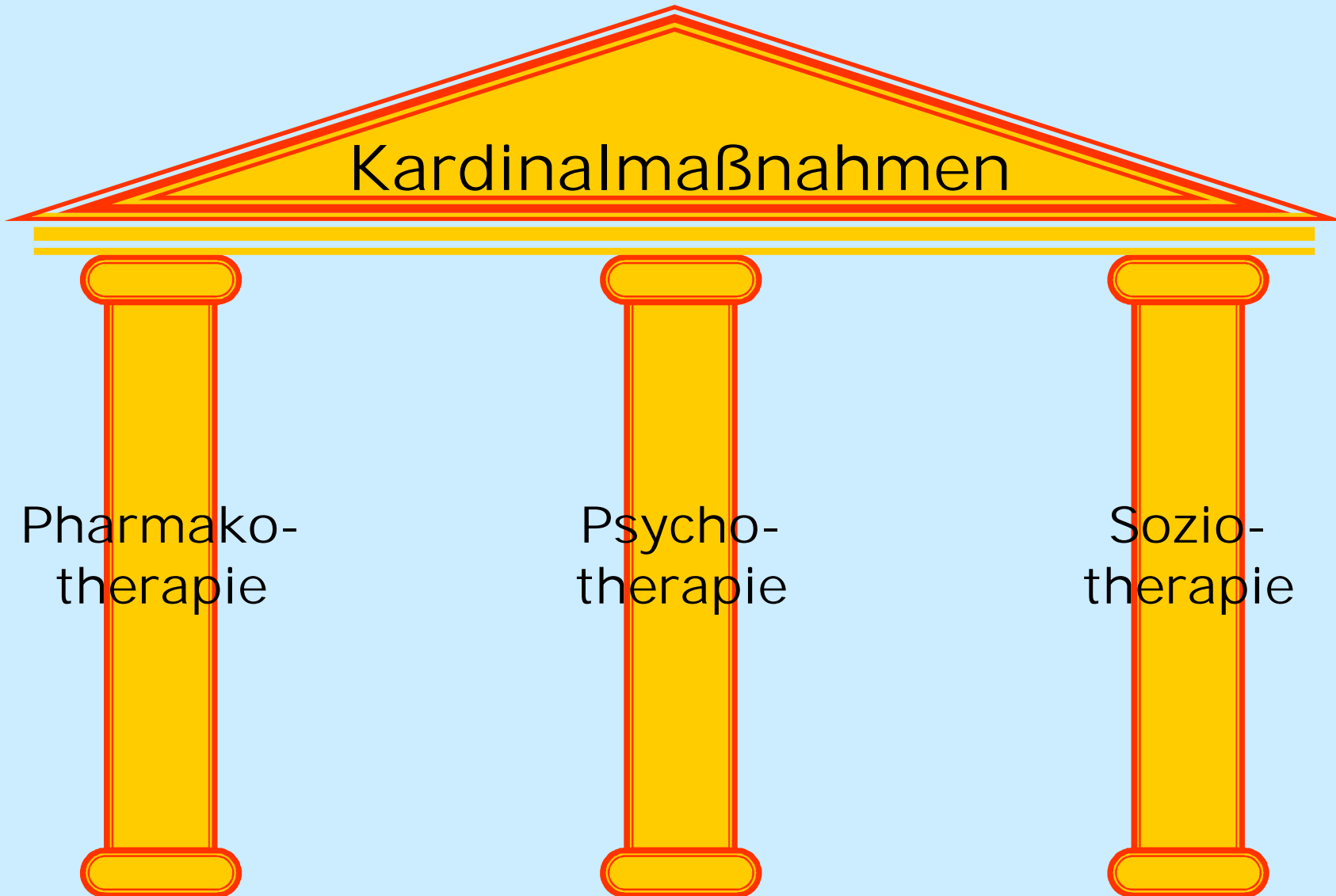
# Psychiatrische Therapie

Kardinalmaßnahmen

Pharmako-  
therapie

Psycho-  
therapie

Sozio-  
therapie



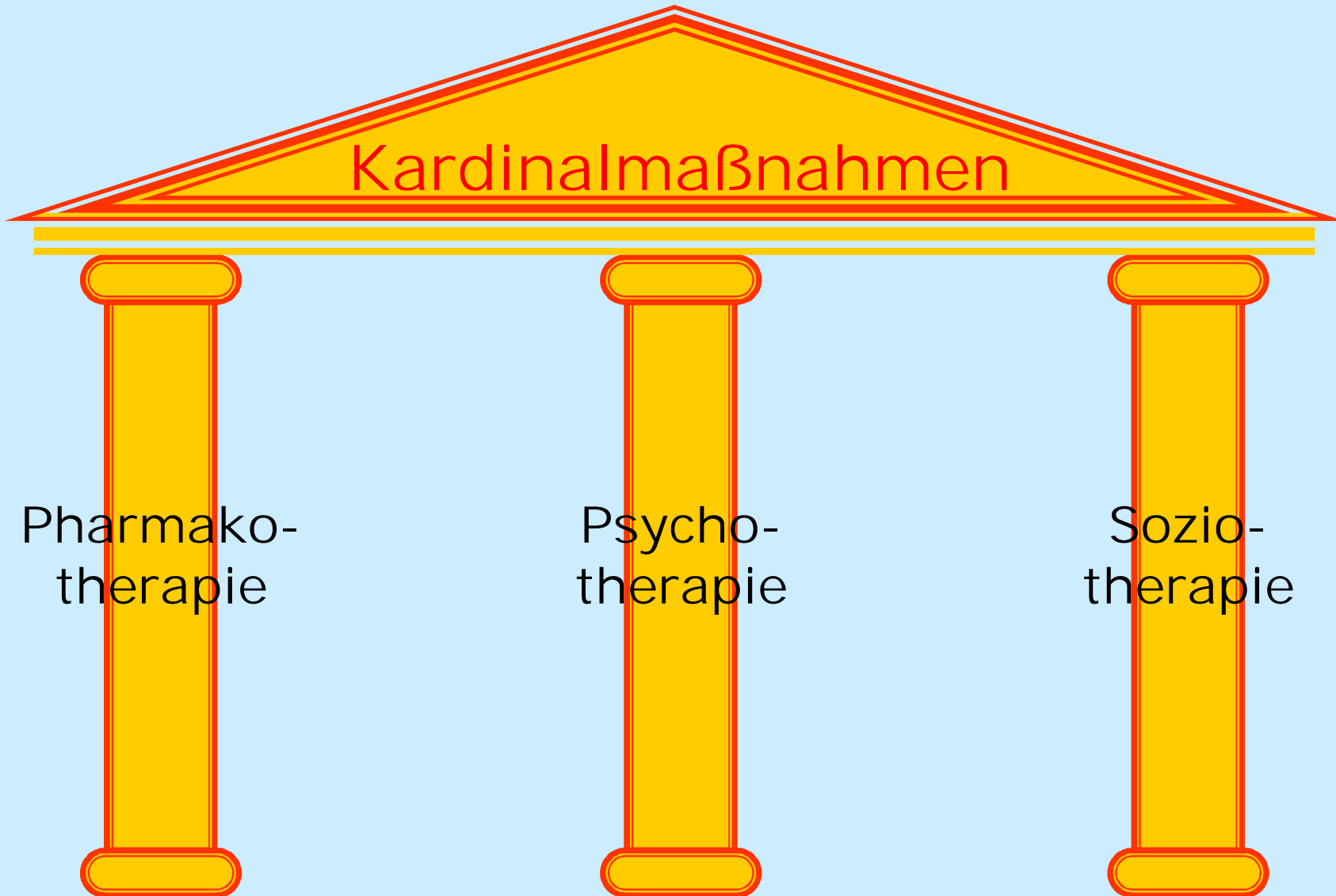
# Psychiatrische Therapie

Kardinalmaßnahmen

Pharmako-  
therapie

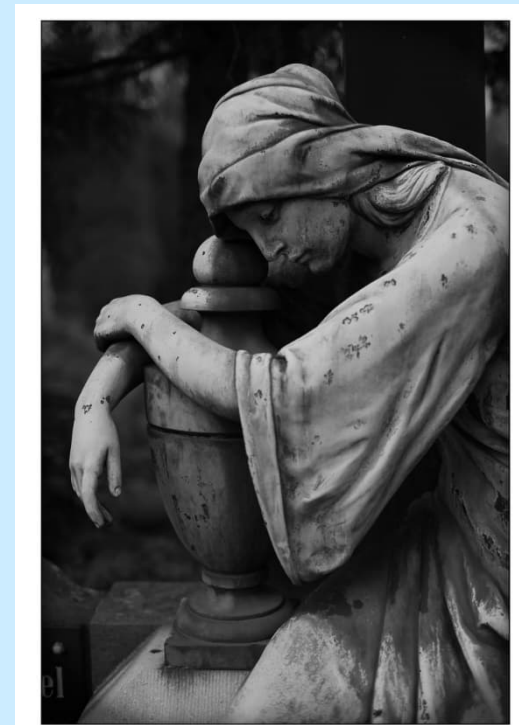
Psycho-  
therapie

Sozio-  
therapie



# Kardinalmaßnahmen zur Depressionsbehandlung

- Psychoedukation und Beratung
- Tagesstrukturierung, Entlastung
- Tag-Nacht-Rhythmus
- Schlafhygiene
- Wachtherapie (Schlafentzug)
- Selbsthilfe und DiGAs
- Lichttherapie
- Sport und Bewegung
- Psychotherapie



# Schlafhygiene

(Behandlungsmaßnahme der ersten Wahl bei Schlafstörungen)

## 2 Hauptfehler der Patient/innen:

- zu frühe Schlafengehzeit/zu lange nächtliche Bettzeit („dem Schlaf eine Chance geben“)
- Hinlegen tagsüber („Kompensation für das nächtliche Defizit“)

## 3 Hauptprinzipien:

- Verkürzung der Bettzeit
- kein Hinlegen tagsüber
- konsequentes Verlassen des Betts und des Schlafzimmers (auch mitten in der Nacht), wenn nicht geschlafen werden kann

# Regeln einer guten Schlafgewohnheit -1-

1. Legen Sie sich nur dann schlafen, wenn Sie wirklich schläfrig sind und sich bereit für den Schlaf fühlen.
2. Stehen Sie jeden Morgen um die gleiche Zeit auf – unabhängig davon, wie viel Schlaf Sie in der Nacht erhalten haben oder wie ausgeruht Sie sich fühlen.
3. Machen Sie tagsüber kein Nickerchen.
4. Trinken Sie spätestens zwei Stunden vor dem Schlafengehen keinen Alkohol mehr.
5. Trinken Sie später als sechs Stunden vor dem Schlafengehen kein Koffein mehr (Kaffee, Tee, Cola).
6. Falls Sie rauchen, versuchen Sie dies einige Stunden vor dem Schlafengehen zu unterlassen.
7. Strengen Sie unmittelbar vor dem Schlafengehen Ihren Körper nicht mehr in besonderem Ausmaß an.



## Regeln einer guten Schlafgewohnheit -2-

8. Schaffen Sie sich eine Schlafumgebung, die Ihren Schlaf fördert.
9. Sind Sie es gewohnt, nehmen Sie vor dem Schlafengehen einen kleinen Imbiss zu sich, um späteren Hunger vorzubeugen.
10. Benutzen Sie Ihr Schlafzimmer und Ihr Bett ausschließlich für Aktivitäten, die mit Schlafen zu tun haben (einzige Ausnahme von der Regel sind sexuelle Aktivitäten).
11. Richten Sie sich einen regelmäßigen Zubettgeh-Ritus ein, der die Nähe der baldigen Bettzeit ankündigt.
12. Wenn Sie ins Bett gehen, schalten Sie das Licht mit der Absicht aus, einzuschlafen. Wenn Sie feststellen, dass Sie nicht innerhalb einer kurzen Zeit einschlafen können, stehen Sie auf und gehen in einen anderen Raum. Bleiben Sie solange auf, bis Sie sich müde fühlen, und kehren Sie erst dann ins Schlafzimmer zurück.
13. Falls Sie immer noch nicht eingeschlafen sind, oder in der Nacht aufwachen und wachliegen, wiederholen Sie den vorherigen Schritt.
14. Sehen Sie nachts nicht auf die Uhr. Stellen Sie z. B. den Wecker unter das Bett.

# DiGAs gegen Depression

Der Nervenarzt

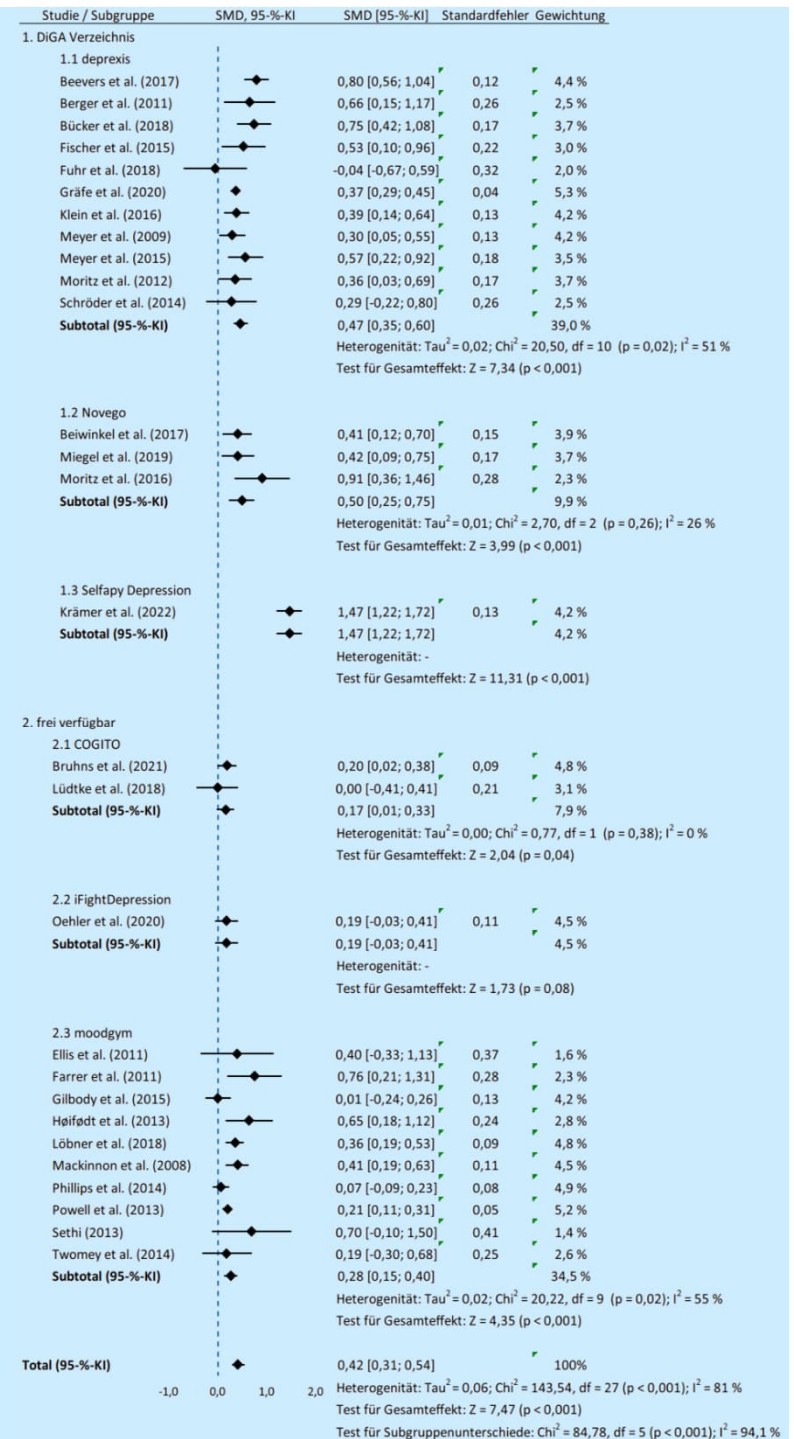
Originalien

Nervenarzt 2024 · 95:206–215  
<https://doi.org/10.1007/s00115-023-01587-0>  
 Angenommen: 27. November 2023  
 Online publiziert: 23. Januar 2024  
 © The Author(s) 2024



## Wirksamkeit in Deutschland verfügbarer internetbasierter Interventionen für Depressionen – ein systematisches Review mit Metaanalyse

Raoul Haaf<sup>1</sup> · Pia Vock<sup>2</sup> · Nikolaj Wächtershäuser<sup>2</sup> · Christoph U. Correll<sup>3,4,5</sup> · Stephan Köhler<sup>1</sup> · Jan Philipp Klein<sup>2,6</sup>



**Abb. 2** ▲ Forest-Plot standardisierter Effektstärken (Cohen's *d*) der untersuchten internetbasierte Interventionen für Depressionen zum Postinterventionszeitpunkt. Studien alphabetisch kategorisiert nach Intervention sowie nach 1. DiGA, 2. frei verfügbar. SMD standardisierte Mittelwertsdifferenz (Cohen's *d*), DiGA digitale Gesundheitsanwendung

# Psychiatrische Therapie

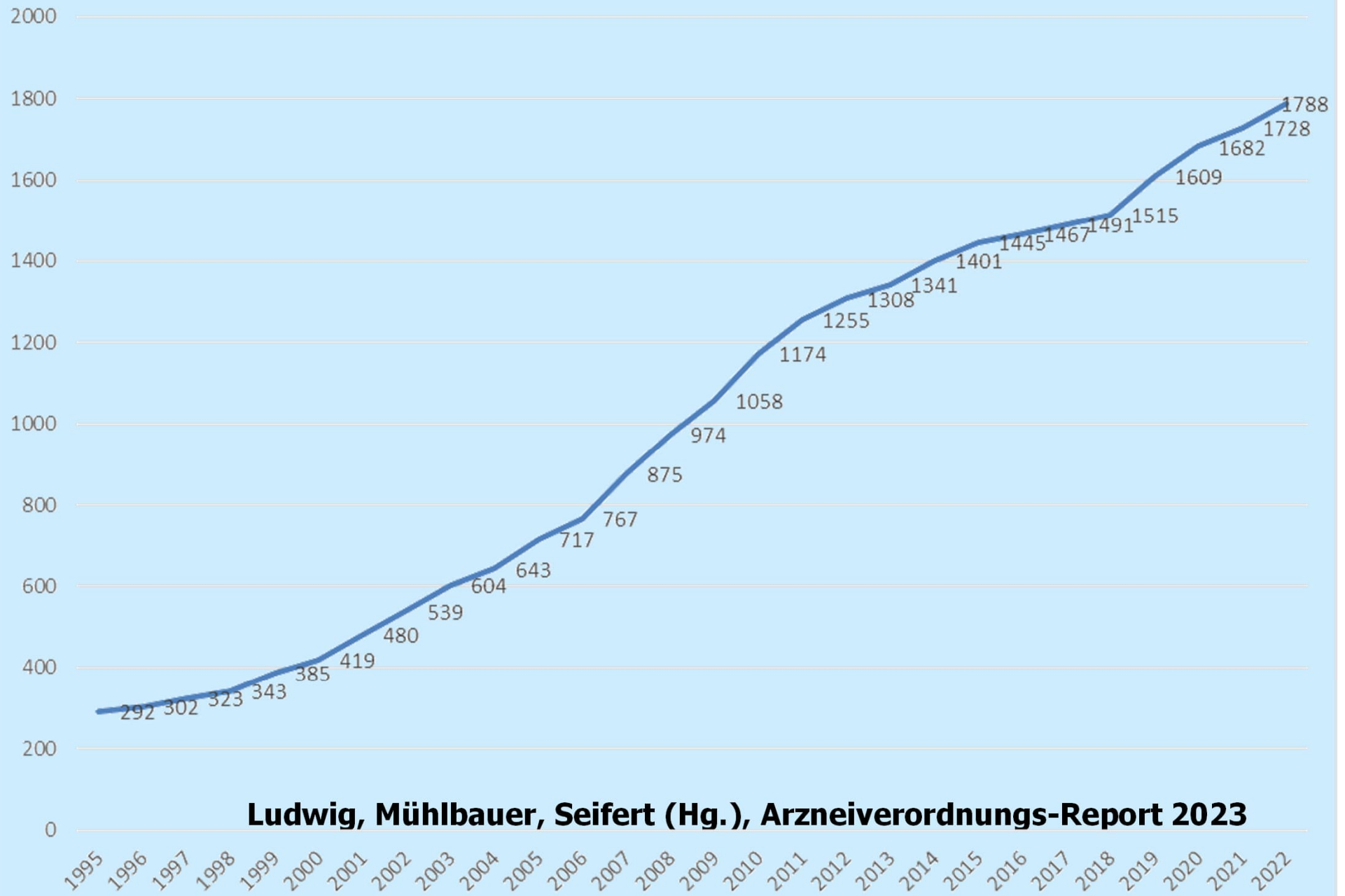
Kardinalmaßnahmen

Pharmako-  
therapie

Psycho-  
therapie

Sozio-  
therapie

# Antidepressiva-Verordnungen in DtInd. in Mio DDD



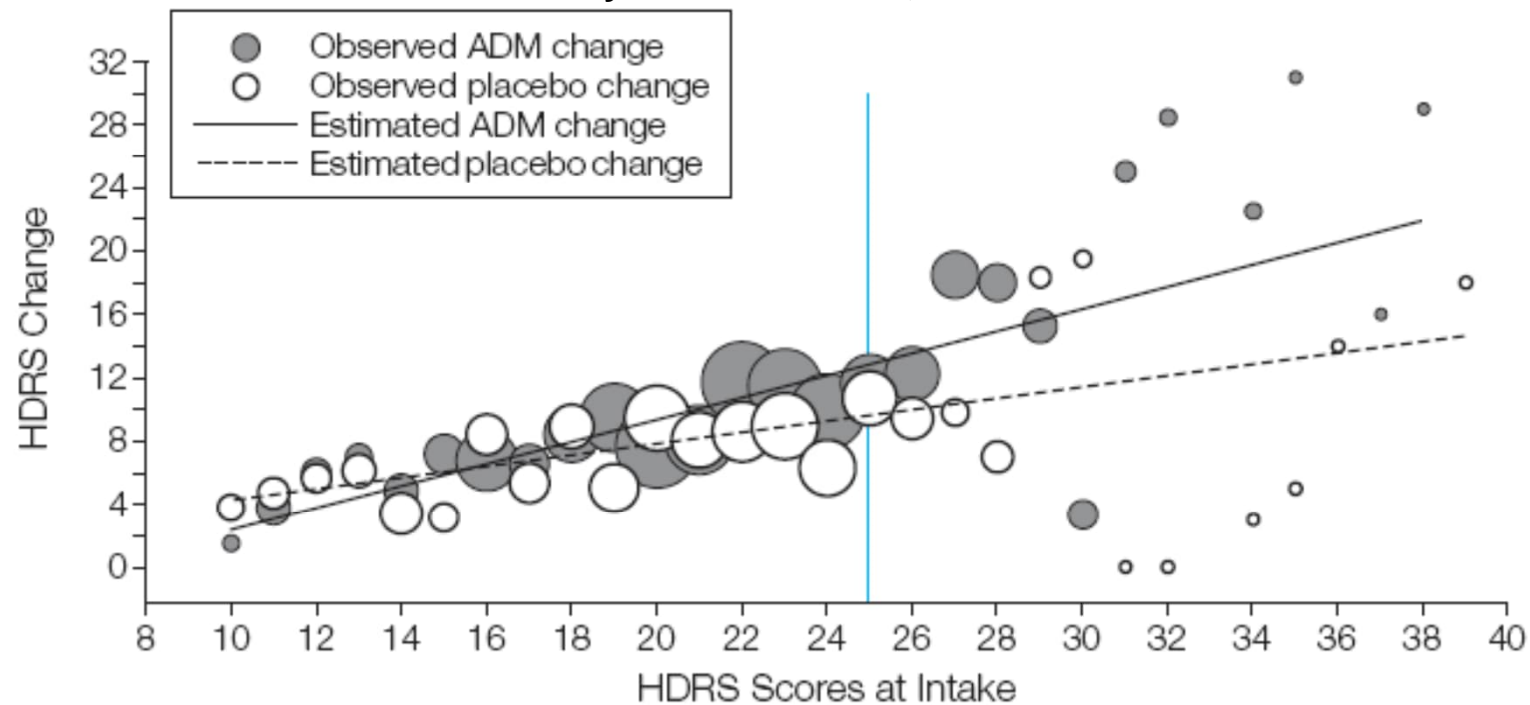
**Ludwig, Mühlbauer, Seifert (Hg.), Arzneiverordnungs-Report 2023**

Antidepressiva:

Wer?

**Figure 2.** Observed and Estimated Change in HDRS Scores Following Treatment With ADM and Placebo

Fournier et al. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA*. 2010;303:47-53



Circles represent observed (raw) mean change in depressive symptoms from intake to the end of treatment at each initial Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) score for both the antidepressant medication (ADM) and placebo conditions. The size (area) of the circles is proportional to the number of data points that contributed to each mean. Regression lines represent estimates of change in depression symptoms from intake to end of treatment for ADM and placebo conditions as a function of baseline symptom severity. These regression lines were estimated from a model of the baseline severity  $\times$  treatment interaction, controlling for the effects of the study from which the data originated. The National Institute for Clinical Excellence threshold for clinical significance (an HDRS point difference  $\geq 3$ ) was met for intake HDRS scores of 25 or greater, indicated by the blue line.

# Nationale VersorgungsLeitlinie

## Unipolare Depression

Langfassung 2022



Version 3.0, Konsultationsfassung  
AWMF-Register-Nr. nvl-002



# Nationale VersorgungsLeitlinie

<p>Unipolare Depression</p> <p>Teilpublikation der Langfassung</p> <p>2022</p>	 <p>Version 3.0, Konsultationsfassung AWMF-Register-Nr. nvl-002</p>
--	--

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
<p><b>5-5</b></p> <p>Patient*innen mit einer leichten depressiven Symptomatik sollten Antidepressiva unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses und eingebunden in ein therapeutisches Gesamtkonzept angeboten werden,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ wenn die Symptomatik trotz niedrigintensiver Interventionen fortbesteht und/oder</li><li>■ wenn sie in der Vergangenheit gut auf eine medikamentöse Therapie angesprochen haben und/oder</li><li>■ wenn bei ihnen das Risiko für Chronifizierung oder die Entwicklung einer mittelgradigen oder schweren Depression besteht (z. B. frühere depressive Episoden, psychosoziale Risikofaktoren) und/oder</li><li>■ wenn sie niedrigintensive oder psychotherapeutische Interventionen ablehnen oder in der Vergangenheit nicht gut auf sie angesprochen haben.</li></ul>	<p>↑</p>



# Nationale VersorgungsLeitlinie

## Unipolare Depression

Teilpublikation der Langfassung



Version 3.0, Konsultationsfassung  
AWMF-Register-Nr. nvl-002

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
<p><b>5-8</b> Patient*innen mit akuten mittelgradigen depressiven Episoden soll gleichwertig eine Psychotherapie oder eine medikamentöse Therapie angeboten werden.</p>	<p>↑↑</p>

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
<p><b>5-13</b> Patient*innen mit akuten schweren depressiven Episoden soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie empfohlen werden.</p>	<p>↑↑</p>

Welches?

## Antidepressiva

Substanz	Handelsname (Bsp.)	Start-dosis (mg/d)	Standard-dosis (mg/d)	Hoch-dosis <sup>1</sup> (mg/d)	Sedierung, Gewichts-zunahme	anti-cholinerg <sup>2</sup>	Übel-keit	Schlaf-störungen/Unruhe	Dys-ortho-stase	pharmakologische Mechanismen
<b>Trizyklika</b>										
Amitriptylin	Saroten				+++	+++	0	0	+++	NA- und 5-HT- Wiederaufnahmehemmung
Clomipramin	Anafranil				+	+++	0	(+)	+++	
Desipramin	Pertofran				(+)	+	0	(+)	++	auch:
Doxepin	Aponal, Sinquan	25-50	150	300	+++	++	0	0	+++	Blockade von:
Imipramin	Tofranil, Pryleugan				+	++	0	(+)	+++	muskarinergen ACh-Rez., Histamin <sub>1</sub> -Rez.,
Nortriptylin	Nortrilen				+	+	0	0	++	α <sub>1</sub> -adrenergen Rez., (Dopamin <sub>2</sub> -Rez.)
Trimipramin	Stangyl, Herphonal				+++	++	0	0	+++	
Dibenzepin	Noveril	120-240	240-480	720	+	+	0	0	++	
Opipramol	Insidon	25-50	150	300	++	++	+	0	+	Sigma <sub>1+2</sub> -Rez.-Ligand, H <sub>1</sub> -Rez.-Blockade
<b>Tetrazyklikum</b>										
Maprotilin	Ludiomil, Deprilept	25-50	150	300	++	++	0	0	++	wie Trizyklika
<b>MAO-Hemmer</b>										
irreversibel:										
Tranylcypromin	Jatrosom	10	30	80	(+)	(+)	(+)	+	+	irreversible Hemmung von MAO A- und B
<small>Tyraminarme Diät erforderlich; Gefahr eines Serotoninsyndroms bei Kombination mit oder unzureichendem Sicherheitsabstand zu serotonergen Pharmaka</small>										
reversibel:										
Moclobemid	Aurorix	150	300-600	900	(+)	(+)	(+)	+	0	reversible MAO A- Hemmung
<b>SSRI</b>										
Citalopram	Cipramil, Sepram									5-HT- Wiederaufnahmehemmung
Fluoxetin	Fluctin	20	20-40							(z. T. auch Blockade von m-ACh-Rez.)
Paroxetin	Seroxat, Tagonis				(+)	(+)	++	++	0	
Escitalopram	Cipralext	10	10-20							
Fluvoxamin	Fevarin	50	50-150							
Sertralin	Zolof, Gladem									
<b>SNRI</b>										
Venlafaxin	Trevilor	75	150-225	375	(+)		+	+	0	NA- und 5-HT-WA-Hemmung
Desvenlafaxin	Desveneurax	50	50	200	(+)		+	+	0	
Milnacipran	Milnaneurax	50	100				+			
Duloxetin	Cymbalta	60	60	120	(+)		+	(+)		
<b>Autorezeptor-Blocker</b>										
Mianserin	Tolvin	30	60-120	180	+++	(+)	0	0	+	α <sub>2</sub> -Autorez.-Blockade + 5-HT <sub>2+3</sub> -Rez.-
Mirtazapin	Remergil	15	15-45	80	+++	+	0	0	(+)	Blockade (H <sub>1</sub> - u. α <sub>1</sub> -Rez.-Blockade)
<b>andere</b>										
Trazodon	Thombran	50-100	200-400	600	+++	0	+	0	+++	5-HT <sub>2</sub> -Rez.-Blockade, α <sub>1</sub> - und α <sub>2</sub> -Rez.-
										Blockade, mäßige 5-HT-WA-Hemmung
Bupropion	Elontril	150	150-300	450	0	0	(+)	+++	0	NA- und Dopamin-WA-Hemmung
Agomelatin	Valdoxan	25	25-50		(+)		+			5-HT <sub>2C(+2B)</sub> -Rez.-Blockade, MT <sub>-1+2</sub> -Rez.-
										Agonismus
Tianeptin	Tianeurax	37,5	37,5					++		5-HT-WA-Verstärkung
Reboxetin	Edronax, Solvex	8	8	10		+	(+)	++		NA-WA-Hemmung

<sup>1</sup> Hochdosis erfordert engmaschigere und gegebenenfalls stationäre Überwachung; mit einer Zunahme der unerwünschten Wirkungen muss gerechnet werden.

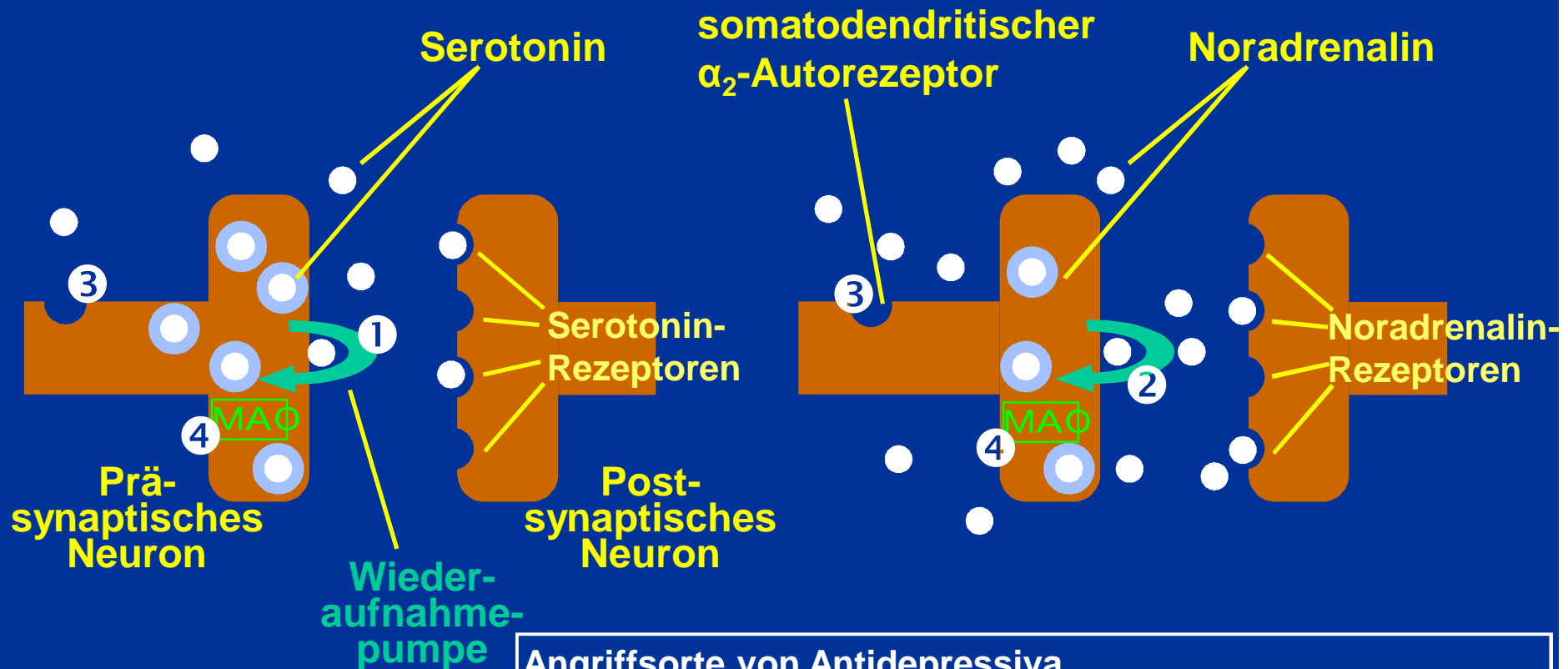
<sup>2</sup> Anticholinerge Wirkungen: z. B. Mundtrockenheit, Obstipation, Akkommodationsstörung, Harnverhalt, Delir

5-HT = Serotonin; NA = Noradrenalin; m-Ach = muskarinerg Acetylcholinrezeptor; H<sub>1</sub>-Rez. = Histamin<sub>1</sub>-Rezeptor; α<sub>1</sub>-Rez. = α<sub>1</sub>-adrenerger Rezeptor; MT = Melatonin  
MAO = Monoaminoxidase; WA = Wiederaufnahme

# Antidepressiva: Wirkmechanismen

Serotonerge  
Synapse

Noradrenerge  
Synapse



## Angriffsorte von Antidepressiva

- tri- und tetrazyklische Antidepressiva, SNRI: ①, ②
- SSRI: ①
- Autorezeptor-Blocker (Mirtazapin, Mianserin, Trazodon): ③
- MAO-Hemmer: ④

# Antidepressiva-Nebenwirkungen

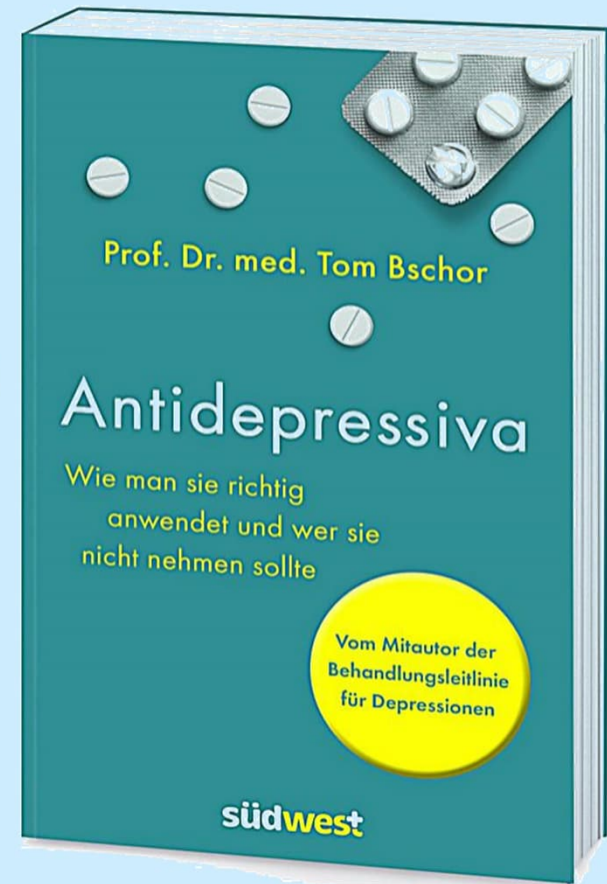
Antidepressiva-Untergruppe	pharmakologische Wirkung	Wirkung/Nebenwirkung
SSRI, SNRI, TZA	Serotonin-Verstärkung	antidepressiver Effekt (?); Unruhe/Schlafstörungen; Übelkeit/Appetitverlust; sexuelle Störungen
SNRI, TZA, MAO-H.	Noradrenalin-Verstärkung	antidepressiver Effekt (?); Pulssteigerung; Blutdrucksteigerung
TZA	Blockade von Acetylcholin-Rezeptoren	Anti-Verdauungseffekte: Mundtrockenheit, Verstopfung, Harnverhalt; kognitive Beeinträchtigungen; Augendruckerhöhung; Delir
TZA	Blockade von Noradrenalin-Rezeptoren	Schwindel beim Aufstehen (Dysorthostase)
TZA, Mirtazapin, Mianserin, Trazodon	Blockade von Histamin-Rezeptoren	Sedierung; Gewichtszunahme

SSRI = Selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren; SNRI = Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren;  
TZA = trizyklische Antidepressiva; MAO-H. = Hemmer der Monoaminoxidase

# Antidepressiva

## typische Eigenschaften

- verstärken Serotonin- u./o. Noradrenalin-Wirkung im Gehirn
- verzögerter Wirkungseintritt (3 bis 4 Wo.)
- Ansprechrate ca. 50 %
- unterschiedliche Nebenwirkungen
- keine Abhängigkeit



Wie?

Antidepressivum  
adäquate Dauer, adäquate Dosis



## Antidepressiva

Substanz	Handelsname (Bsp.)	Start-dosis (mg/d)	Standard-dosis (mg/d)	Hoch-dosis <sup>1</sup> (mg/d)	Sedierung, Gewichts-zunahme	anti-cholinerg <sup>2</sup>	Übel-keit	Schlaf-störungen/Unruhe	Dys-ortho-stase	pharmakologische Mechanismen
<b>Trizyklika</b>										
Amitriptylin	Saroten				+++	+++	0	0	+++	NA- und 5-HT- Wiederaufnahmehemmung
Clomipramin	Anafranil				+	+++	0	(+)	+++	
Desipramin	Pertofran				(+)	+	0	(+)	++	auch:
Doxepin	Aponal, Siquan	25-50	150	300	+++	++	0	0	+++	Blockade von:
Imipramin	Tofranil, Pryleugan				+	++	0	(+)	+++	muskarinergen ACh-Rez., Histamin <sub>1</sub> -Rez.,
Nortriptylin	Nortrilen				+	+	0	0	++	α <sub>1</sub> -adrenergen Rez., (Dopamin <sub>2</sub> -Rez.)
Trimipramin	Stangyl, Herphonal				+++	++	0	0	+++	
Dibenzepin	Noveril	120-240	240-480	720	+	+	0	0	++	
Opipramol	Insidon	25-50	150	300	++	++	+	0	+	Sigma <sub>1+2</sub> -Rez.-Ligand, H <sub>1</sub> -Rez.-Blockade
<b>Tetrazyklikum</b>										
Maprotilin	Ludiomil, Deprilept	25-50	150	300	++	++	0	0	++	wie Trizyklika
<b>MAO-Hemmer</b>										
irreversibel:										
Tranylcypromin	Jatrosom	10	30	80	(+)	(+)	(+)	+	+	irreversible Hemmung von MAO A- und B
<small>Tyraminarme Diät erforderlich; Gefahr eines Serotoninsyndroms bei Kombination mit oder unzureichendem Sicherheitsabstand zu serotonergen Pharmaka</small>										
reversibel:										
Moclobemid	Aurorix	150	300-600	900	(+)	(+)	(+)	+	0	reversible MAO A- Hemmung
<b>SSRI</b>										
Citalopram	Cipramil, Sepram									5-HT- Wiederaufnahmehemmung
Fluoxetin	Fluctin	20	20-40							(z. T. auch Blockade von m-ACh-Rez.)
Paroxetin	Seroxat, Tagonis				(+)	(+)	++	++	0	
Escitalopram	Cipralext	10	10-20							
Fluvoxamin	Fevarin	50	50-150							
Sertralin	Zolof, Gladem									
<b>SNRI</b>										
Venlafaxin	Trevilor	75	150-225	375	(+)		+	+	0	NA- und 5-HT-WA-Hemmung
Desvenlafaxin	Desveneurax	50	50	200	(+)		+	+	0	
Milnacipran	Milnaneurax	50	100				+			
Duloxetin	Cymbalta	60	60	120	(+)		+	(+)		
<b>Autorezeptor-Blocker</b>										
Mianserin	Tolvil	30	60-120	180	+++	(+)	0	0	+	α <sub>2</sub> -Autorez.-Blockade + 5-HT <sub>2+3</sub> -Rez.-
Mirtazapin	Remergil	15	15-45	80	+++	+	0	0	(+)	Blockade (H <sub>1</sub> - u. α <sub>1</sub> -Rez.-Blockade)
<b>andere</b>										
Trazodon	Thombran	50-100	200-400	600	+++	0	+	0	+++	5-HT <sub>2</sub> -Rez.-Blockade, α <sub>1</sub> - und α <sub>2</sub> -Rez.-
										Blockade, mäßige 5-HT-WA-Hemmung
Bupropion	Elontril	150	150-300	450	0	0	(+)	+++	0	NA- und Dopamin-WA-Hemmung
Agomelatin	Valdoxan	25	25-50		(+)		+			5-HT <sub>2C(+2B)</sub> -Rez.-Blockade, MT <sub>-1+2</sub> -Rez.-
										Agonismus
Tianeptin	Tianeurax	37,5	37,5					++		5-HT-WA-Verstärkung
Reboxetin	Edronax, Solvex	8	8	10		+	(+)	++		NA-WA-Hemmung

<sup>1</sup> Hochdosis erfordert engmaschigere und gegebenenfalls stationäre Überwachung; mit einer Zunahme der unerwünschten Wirkungen muss gerechnet werden.

<sup>2</sup> Anticholinerge Wirkungen: z. B. Mundtrockenheit, Obstipation, Akkommodationsstörung, Harnverhalt, Delir

5-HT = Serotonin; NA = Noradrenalin; m-Ach = muskarinerg Acetylcholinrezeptor; H<sub>1</sub>-Rez. = Histamin<sub>1</sub>-Rezeptor; α<sub>1</sub>-Rez. = α<sub>1</sub>-adrenerger Rezeptor; MT = Melatonin

MAO = Monoaminoxidase; WA = Wiederaufnahme

# Zeitlicher Ablauf einer antidepressiven Pharmakotherapie (1. Behandlungsstufe [Akuttherapie])

## Chronische und therapieresistente Depression

Diagnostik und Stufentherapie

Tom Bschor, Michael Bauer, Mazda Adli

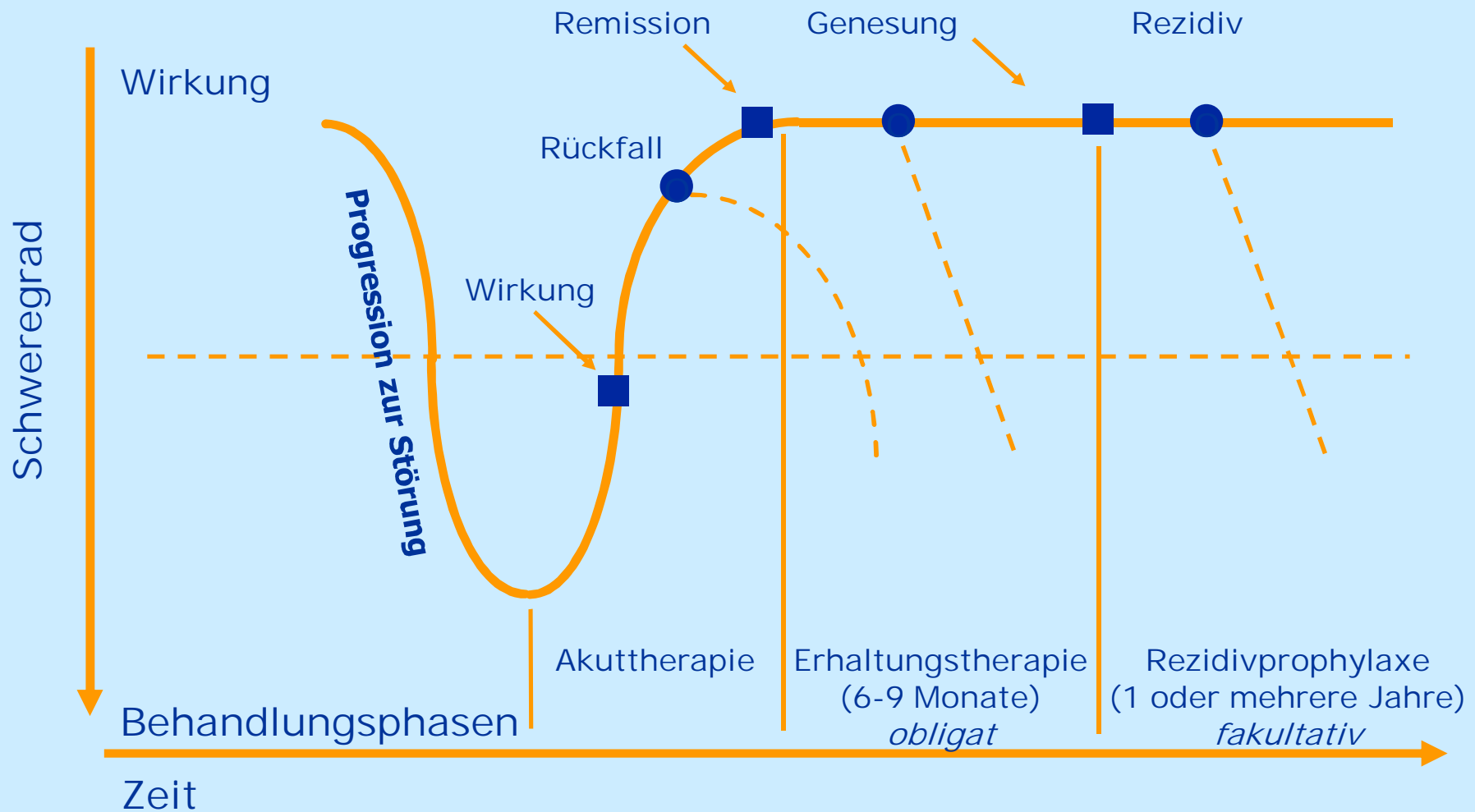
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 111 | Heft 45 | 7. November 2014

Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 766–76.

GRAFIK 2



# Die drei Phasen der Depressionsbehandlung



# Zeitlicher Ablauf einer antidepressiven Pharmakotherapie (1. Behandlungsstufe [Akuttherapie])

## Chronische und therapieresistente Depression

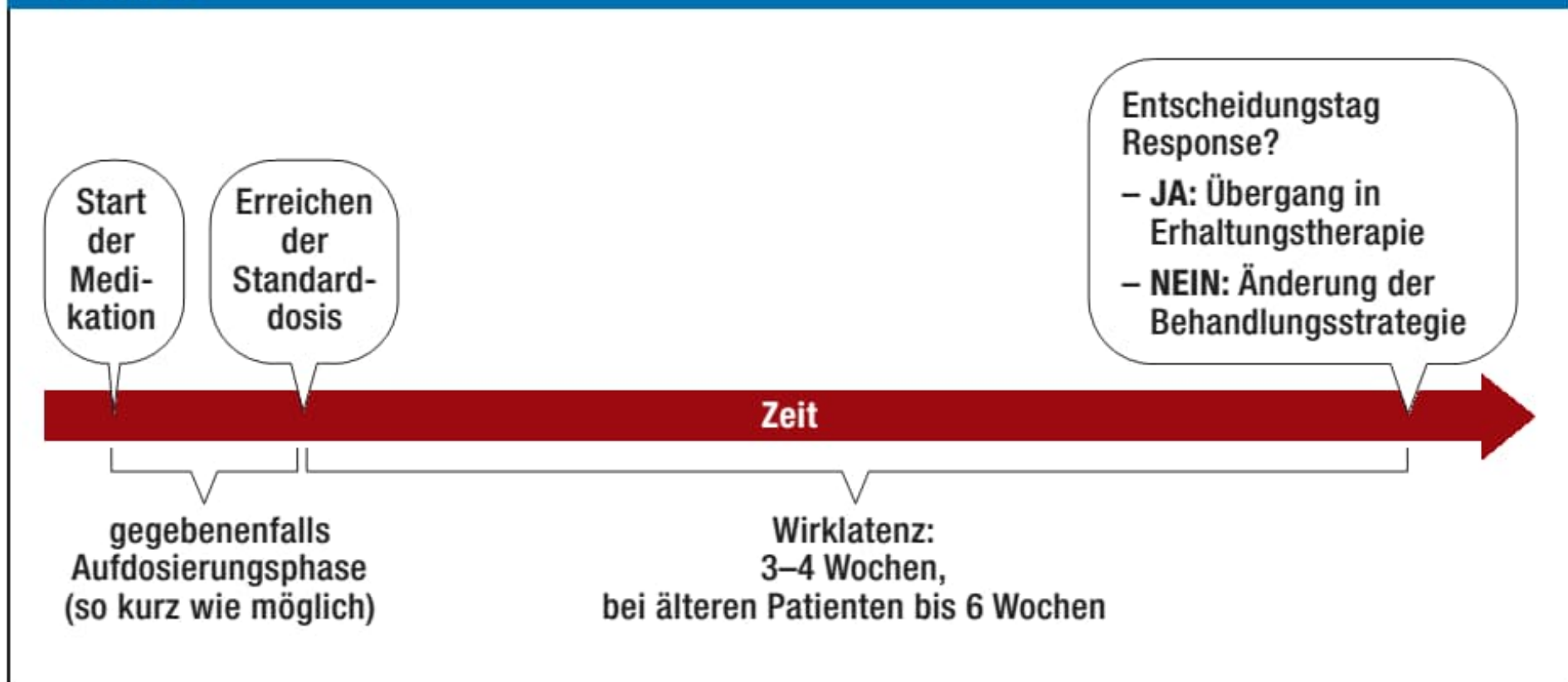
Diagnostik und Stufentherapie

Tom Bschor, Michael Bauer, Mazda Adli

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 111 | Heft 45 | 7. November 2014





Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 766–76.

GRAFIK 2



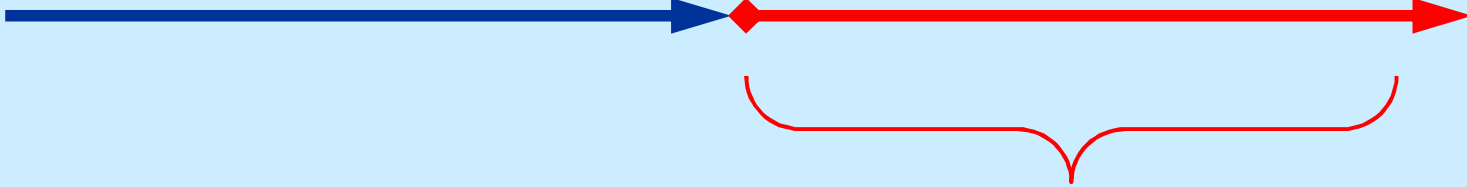
# nach Non-Response auf Antidepressiva-Monotherapie...

pharmakologische Strategien des 2. Schritts:

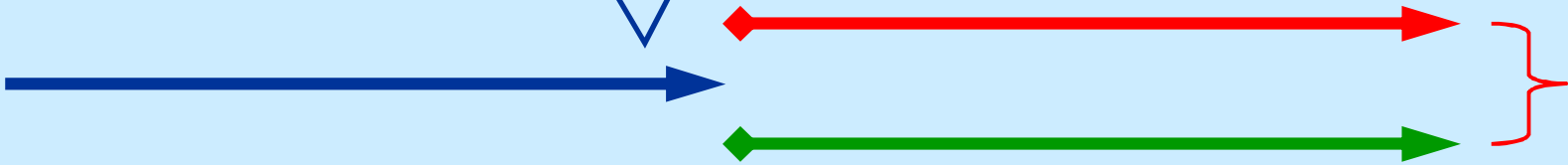
- Antidepressivum absetzen 
- Blutspiegel des Antidepressivum kontrollieren 
- Antidepressivum aufdosieren 
- Antidepressivum wechseln 
- zwei Antidepressiva kombinieren
- Augmentation  
(mit Lithium oder atypischem Neuroleptikum)



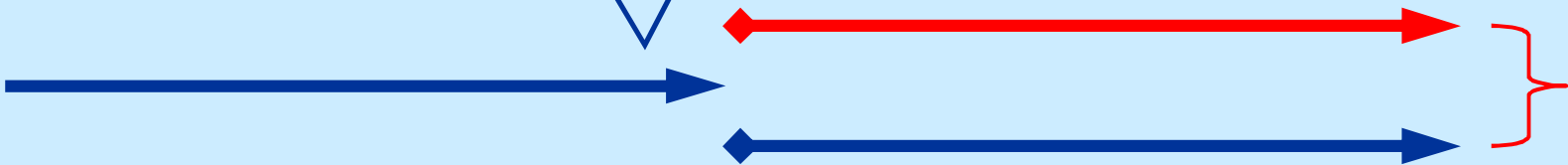
Non-Response



Non-Response

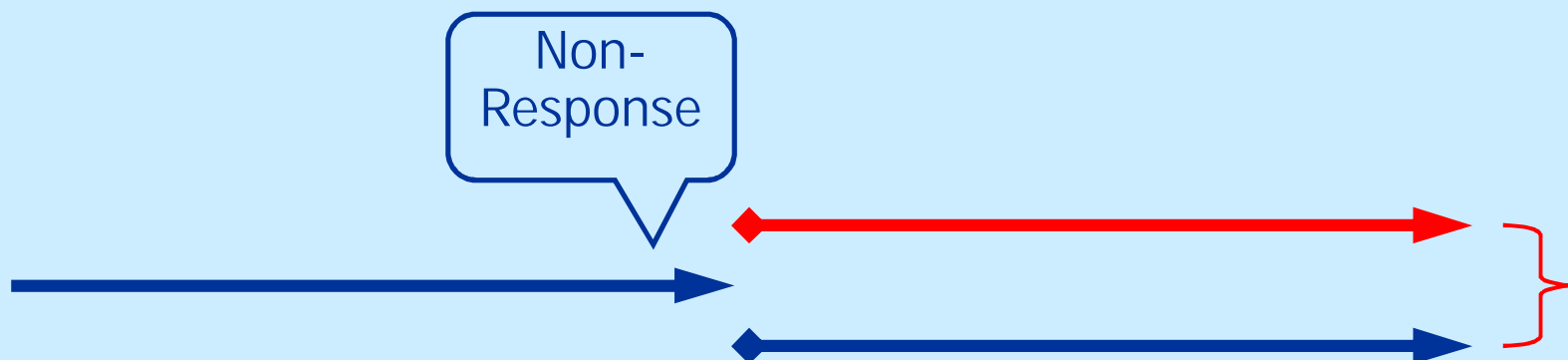


Non-Response



(depress\* or dysthymi\* or adjustment disorder\* or mood disorder\* or affective disorder or affective symptoms)  
AND  
(agomelatin\* or amineptin\* or amitriptylin\* or amoxapin\* or bupropion\* or butriptylin\* or chlorimipramin\* or citalopram\* or clomipramin\* or desipramin\* or desvenlafaxin\* or dibenzepin\* or dosulepin\* or dothiepin\* or doxepin\* or duloxetine\* or escitalopram\* or fluoxetine\* or fluvoxamin\* or imipramin\* or isocarboxazid\* or lofepramin\* or maprotilin\* or mianserin\* or milnacipran\* or mirtazapin\* or moclobemid\* or nefazodon\* or nortriptylin\* or paroxetine\* or phenelzin\* or protriptylin\* or reboxetin\* or selegilin\* or sertraline\* or setiptilin\* or tianeptin\* or tranlycypromin\* or trazodon\* or trimipramin\* or venlafaxin\* or viloxazin\*)  
AND  
(switch\* or crossover or cross-over or crossed-over or change\* or changing or remain\* or stay\* or continu\*)  
AND  
(respond\* or remiss\* or remit\* or resistant\* or improv\*)

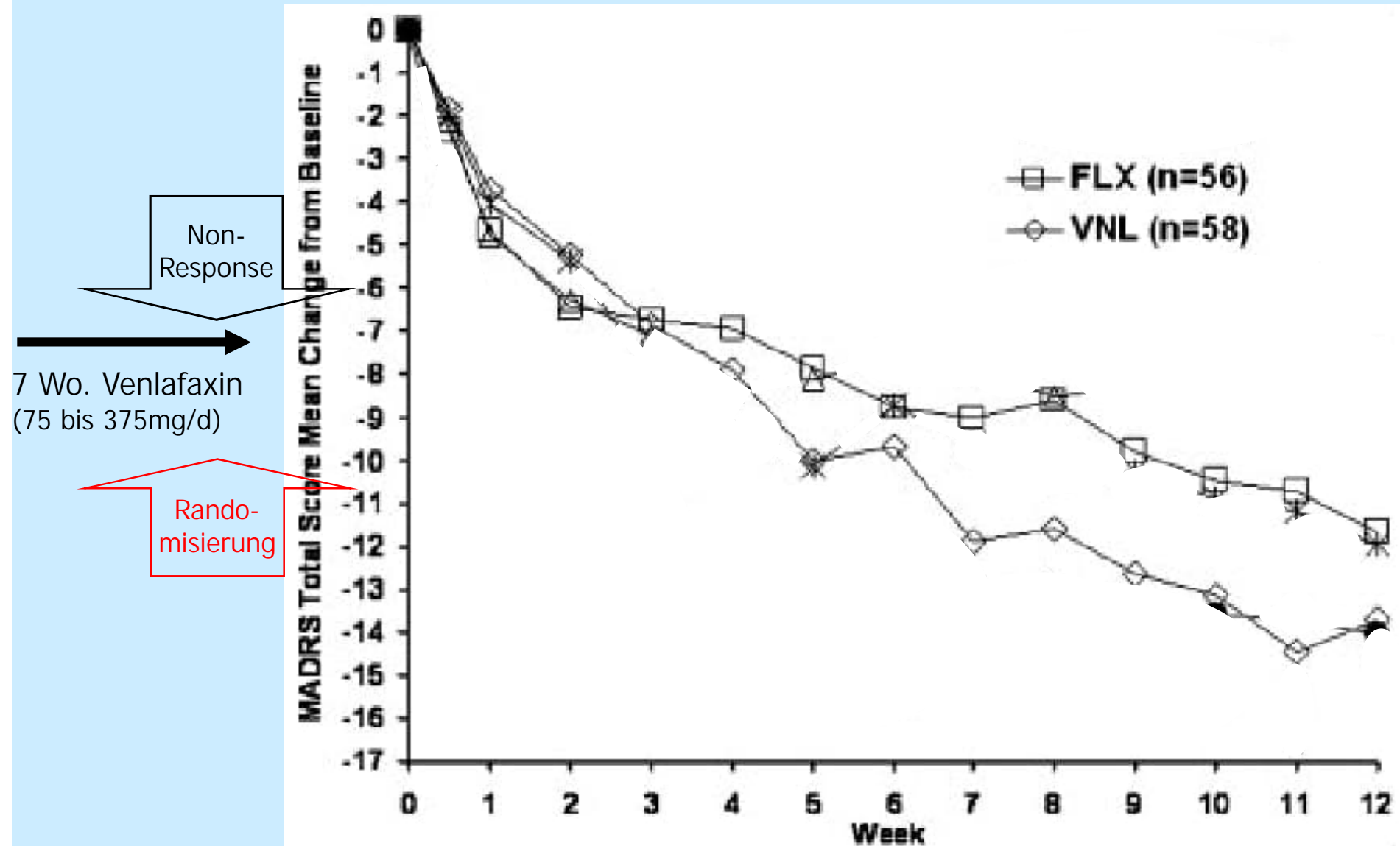
MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, Cochrane  
Central Register of Controlled Trials  
(CENTRAL): 3047 Treffer → 4 Studien





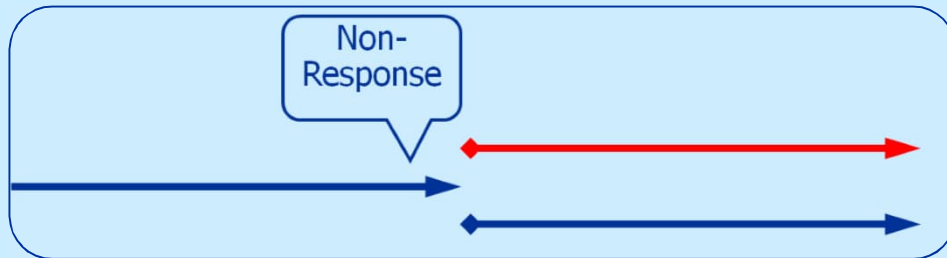
# Fluoxetin vs. Venlafaxin bei Venlafaxin-Non-Respondern

Corya et al. *Depres & Anxiety* 2006

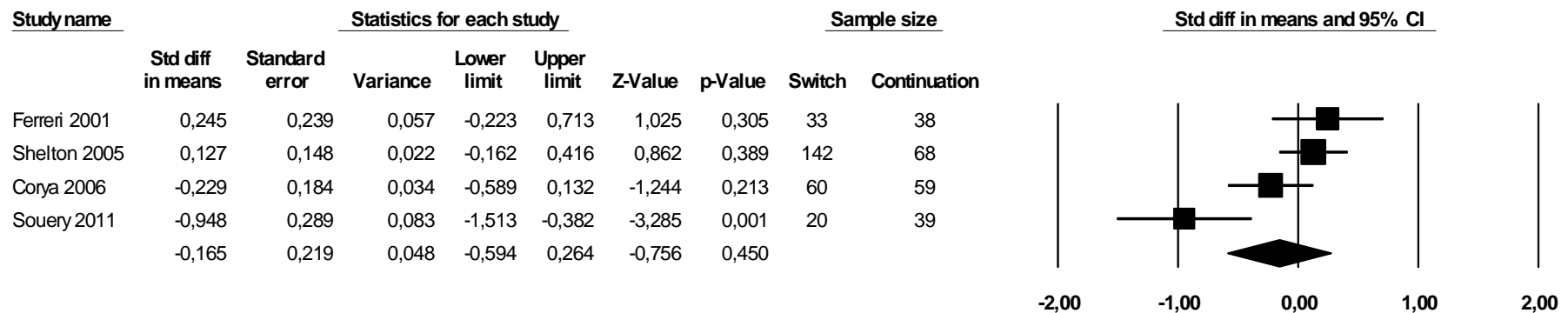




# nach Non-Response auf ein Antidepressivum: Fortsetzen des bisherigen Antidepressivums versus Wechsel



## Meta Analysis



Favours A  
Continuing

Favours B  
Switching

# Nationale VersorgungsLeitlinie

Unipolare  
Depression

Teilpublikation der  
Langfassung



Version 3.0, Konsultationsfassung  
AWMF-Register-Nr. nvl-002

## 7.1.5 Wechsel des Antidepressivums

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
<p><b>7-12</b> Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, kann ein einmaliger Wechsel auf ein Antidepressivum mit anderem Wirkmechanismus angeboten werden.</p>	<p>↔</p>

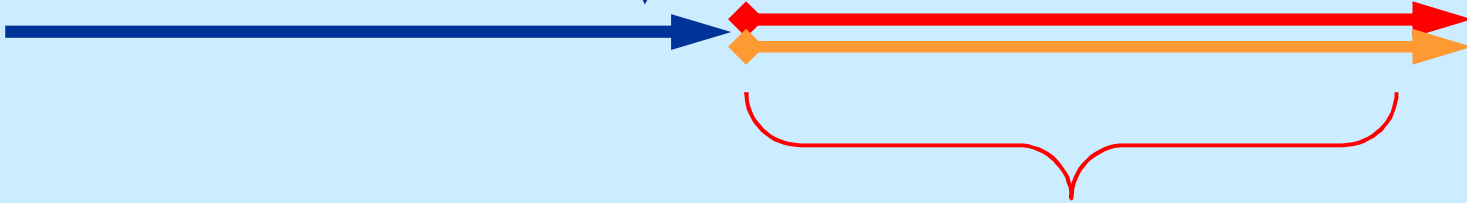
# nach Non-Response auf Antidepressiva-Monotherapie...

pharmakologische Strategien des 2. Schritts:

- Antidepressivum absetzen 
- Blutspiegel des Antidepressivum kontrollieren 
- Antidepressivum aufdosieren 
- Antidepressivum wechseln 
- zwei Antidepressiva kombinieren 
- Augmentation  
(mit Lithium oder atypischem Neuroleptikum)



Non-Response



Non-Response

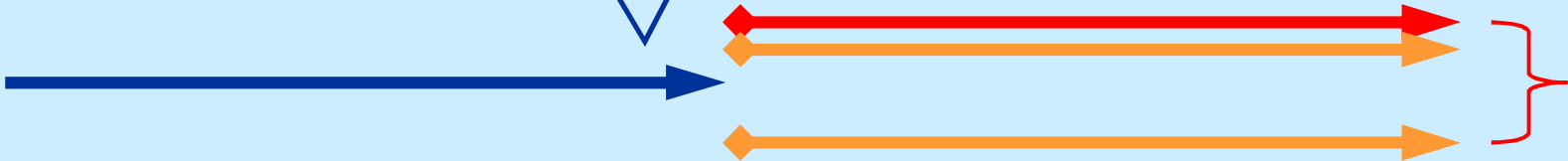
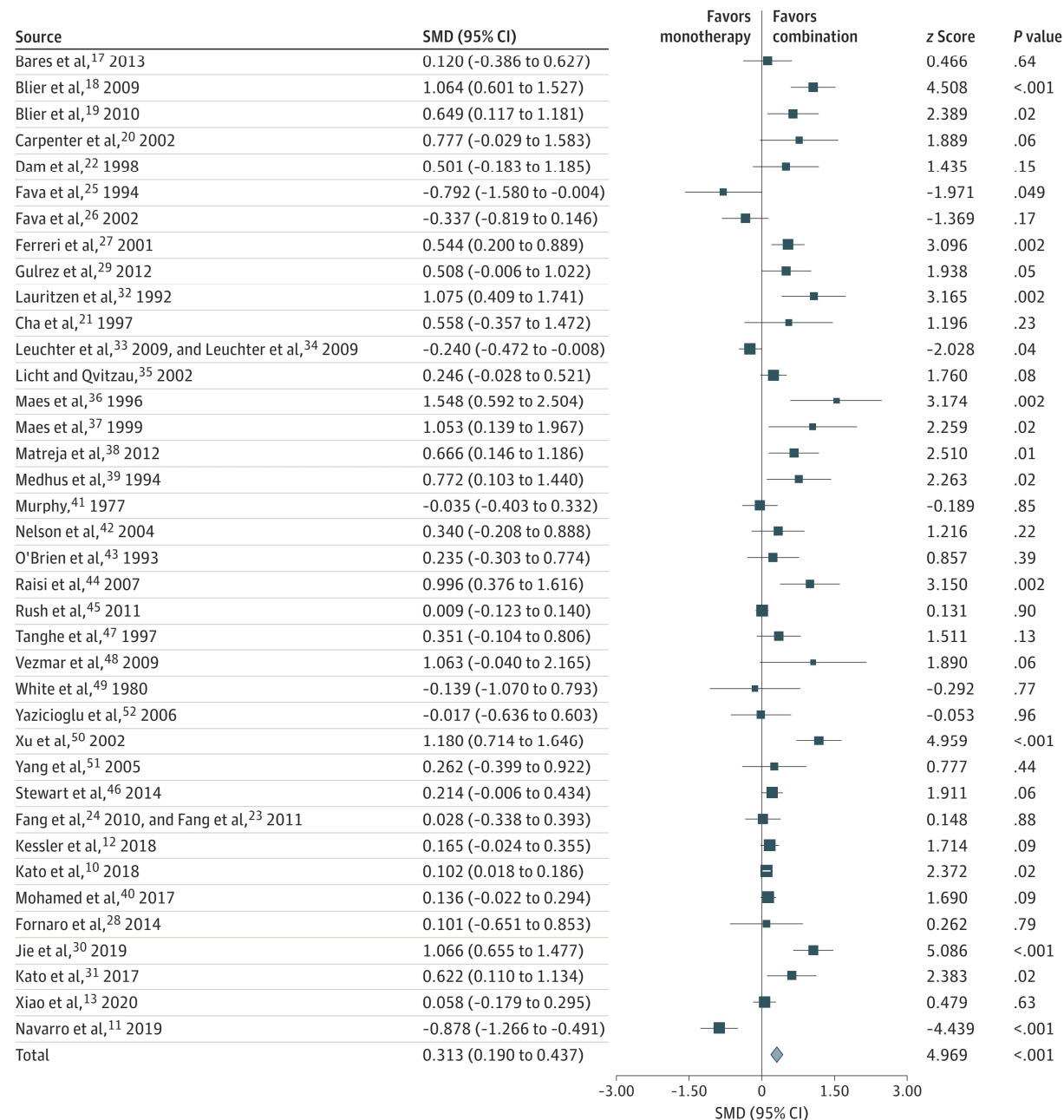


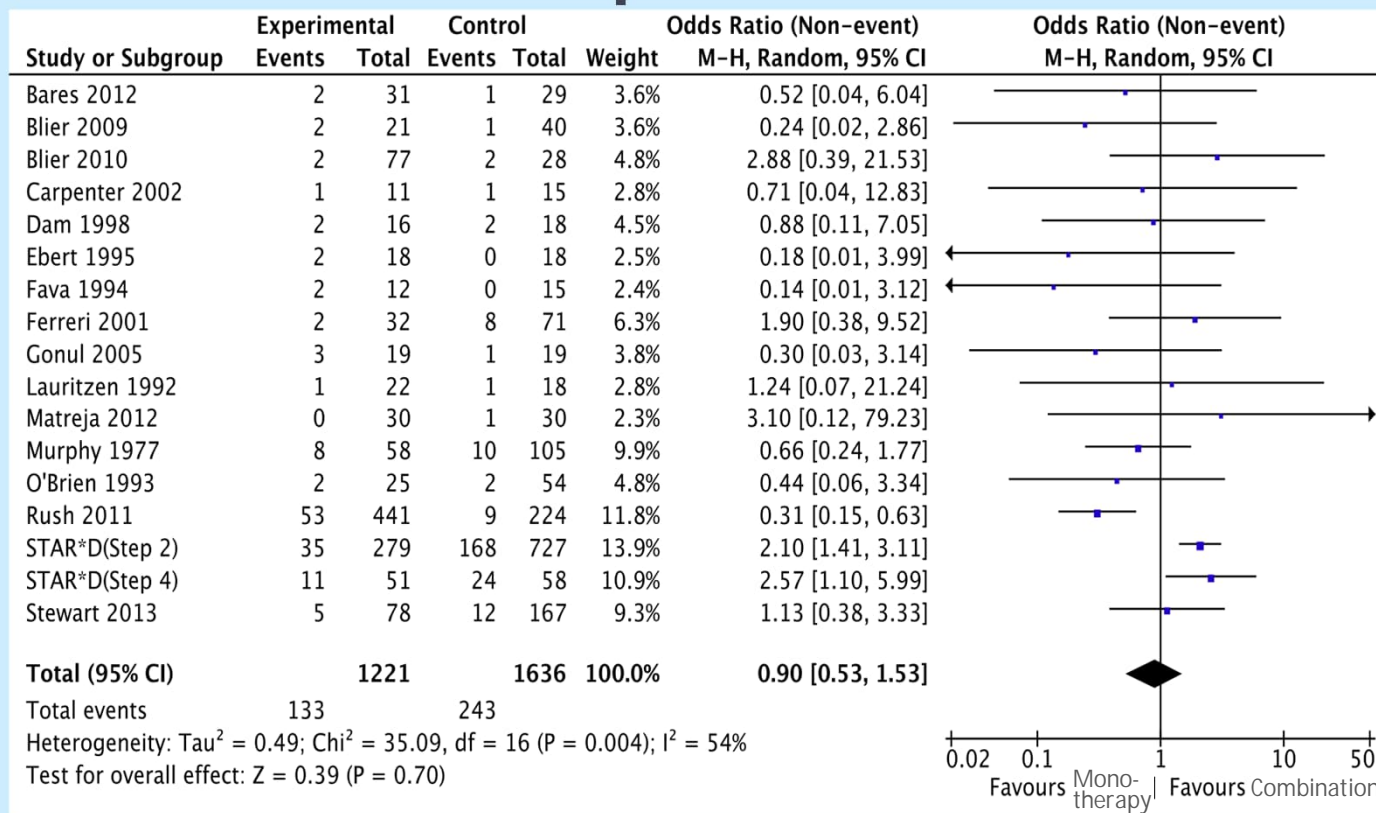
Figure 2. Primary Outcome: Efficacy Measured as Standardized Mean Difference (SMD)



# Antidepressiva-Kombination versus Monotherapie

*Henssler, Alexander, Schwarzer, Bschor, Baethge, JAMA Psychiatr 2022; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.4313*

# Dropouts durch UAW



Henssler\*, Bschor\*,  
Baethge.  
Can J Psychiatr 2016;  
61:29-43

Table 2. Results: Outcomes Across Subgroup Analyses

Results <sup>a</sup>	Primary outcome <sup>b</sup>		Secondary outcomes				
	SMD (95% CI)	τ	OR (95% CI) <sup>c</sup>		Continuous change from baseline, SMD (95% CI)	OR (95% CI) <sup>d</sup>	
			Remission	Response		Dropouts	Dropouts due to AE
Whole sample	0.31 (0.19 to 0.44) [38 studies]	0.296	1.52 (1.20 to 1.92) [25 studies]	1.40 (1.15 to 1.69) [30 studies]	0.38 (0.22 to 0.54) [28 studies]	0.99 (0.86 to 1.14) [30 studies]	1.17 (0.79 to 1.75) [17 studies]
I <sup>2</sup> , %	77.52		63.38	44.11	84.21	3.66	20.87

Henssler, Alexander, Schwarzer, Bschor, Baethge. JAMA Psychiatr 2022; doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.4313

OR >1 designates superiority of monotherapy, ie, fewer dropouts in monotherapy groups

# Antidepressiva-Kombination: Vermutetes Wirkprinzip

*Ohne Pharmakon*

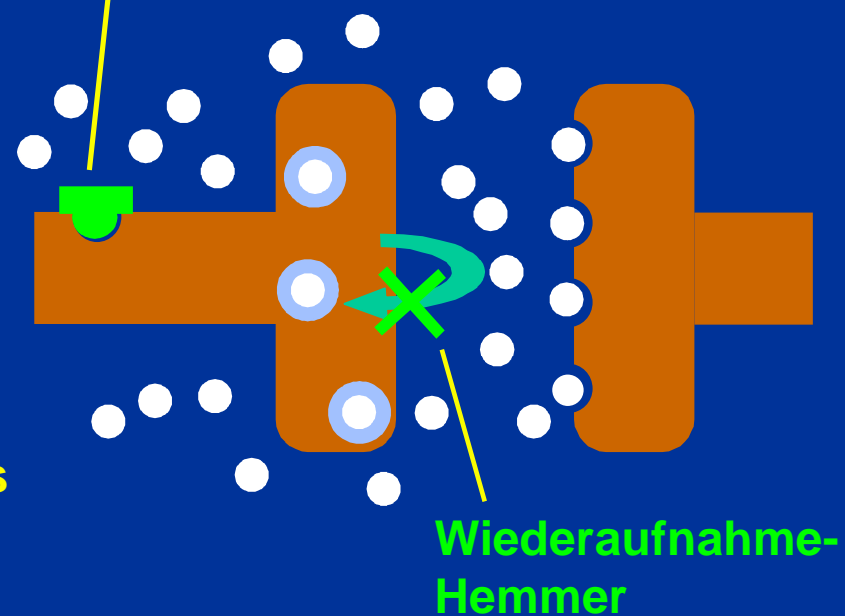
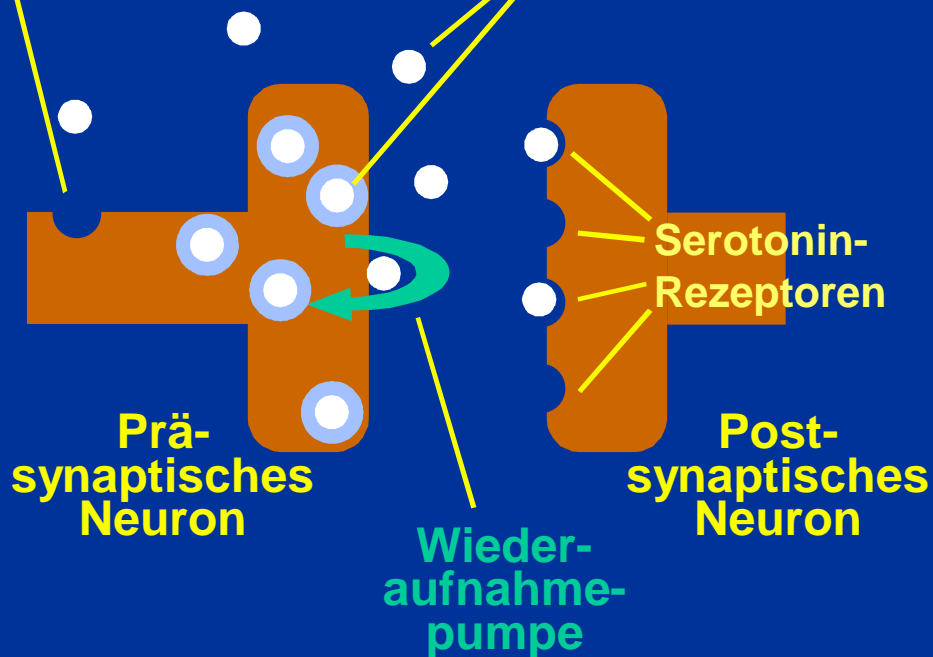
*Wiederaufnahme-Hemmer  
+ Autorezeptor-Blocker*

somatodendritischer

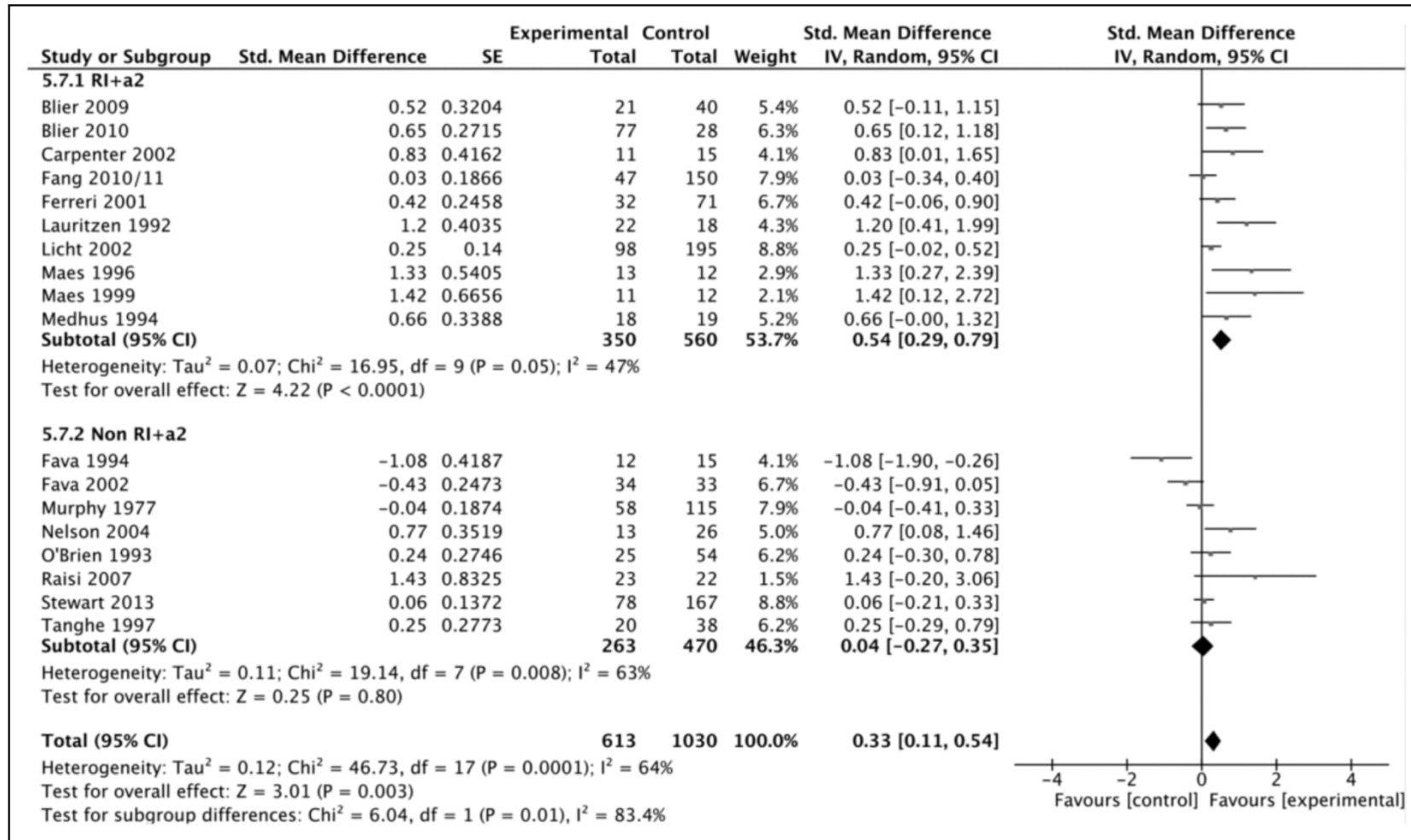
5-HT<sub>1A</sub>-  
Autorezeptor

Serotonin

Autorezeptor-Blocker



# Wiederaufnahmehemmer + $\alpha$ 2-Blocker im Vergleich zu anderen Kombinationen



**Figure 3.** Primary outcome: treatment effect as measured in standardized mean difference (SMD) subgroup analysis: RI+ $\alpha$ 2 versus other pharmacologic combinations. Randomized, double-blind trials only weighted according to random effects analysis.

Henssler\*, Bschor\*, Baethge, *Can J Psychiatr* 2016;61:29-43





### 7.1.4 Kombination mit einem zweiten Antidepressivum

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
<p><b>7-11</b> Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, sollte eine Kombination von SSRI, SNRI oder TZA einerseits mit Mianserin oder Mirtazapin oder Trazodon andererseits angeboten werden.</p>	↑

*→ empfehlenswert:*







SSRI oder SNRI oder TZA (= Wiederaufnahmehemmer)  
*einerseits*

*kombiniert mit*

Mirtazapin, Mianserin oder Trazodon (= Autorezeptorblocker)  
*andererseits*

# nach Non-Response auf Antidepressiva-Monotherapie...

pharmakologische Strategien des 2. Schritts:

- Antidepressivum absetzen 
- Blutspiegel des Antidepressivum kontrollieren 
- Antidepressivum aufdosieren 
- Antidepressivum wechseln 
- zwei Antidepressiva kombinieren 
- Augmentation   
(mit Lithium oder atypischem Neuroleptikum)

